

[서식 1-3] 개인정보 수집 및 이용·제공 동의서(대상자, 가족, 후견인)

개인정보 수집 및 이용·제공 동의서(대상자, 가족, 후견인)

이름	생년월일
----	------

개인정보 수집 및 이용에 관한 고지사항

※ 개인정보보호법 제15조제1항제2호에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 수집 및 이용합니다.

☐ 개인정보 수집 및 이용에 관한 사항 안내

개인정보 처리사유	• 치매검진사업에 관한 사무 • 치매환자의 의료비 지원사업에 관한 사무 • 성년후견제 이용지원에 관한 사무 • 공립요양병원 운영 위탁에 관한 사무 • 치매 관련 상담 및 조기검진, 치매환자의 등록관리, 단기쉼터 운영 및 가족지원에 관한 사무 • 치매안심센터 각종 서비스 안내
개인정보 항목	성명, 성별, 학력, 연락처, 나이, 주소, 가족관계, 주민등록번호 , 외국인등록번호 , 거주·동거형태, 의료보장, 소득수준, 장기요양등급, 보훈대상, 결혼상태, 직업, 사진, 치매치료비 지원 대상 계좌정보(치매 치료비 지원 신청시), 건강보험자격확인, 공적 부조·사회서비스 수혜 이력 정보, 건강·장기요양보험료 납부확인(지역가입자/직장가입자), 안전에 대한 정보(배회가능 어르신 인식표 신청 및 발급에 필요한 대상자, 보호자 및 신청기관의 기본 정보 등)
수집 근거	치매관리법 시행령 제14조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)

개인정보 제3자 제공 부문 (필수)

☐ 개인정보 제3자 제공에 관한 사항

제공받는 기관	보건소 및 협약 의료기관, 복지관, 동 주민센터, 시군구청, 경찰청, 정신건강복지센터, 국민건강보험공단, 사회보장정보원, 장기요양기관, (재)NICE, 중앙치매센터, 광역치매센터 및 치매상담콜센터, 타 지역 치매안심센터, 행정안전부, 공립요양병원, 도로교통공단, 노인복지시설
제공목적	치매조기검진, 치매환자지원, 실종예방 및 실종 발생 시 찾기 지원, 전문심리상담, 퇴원환자 관리, 운전면허 정기적성검사(갱신), 서비스 의뢰
제공하는 항목	성명, 주민등록번호 , 외국인등록번호 , 성별, 연락처, 생년월일(나이), 주소, 치매치료비 지원 대상 계좌정보, 거주, 직업, 사진, 가족관계, 맞춤형사례관리 대상자 생활환경정보, 실종예방 및 실종 시 찾기 위한 과정에 활용되는 배회가능 어르신 인식표(세부) 정보(대상자, 보호자 및 신청기관 정보 등), 돌봄부담분석 결과정보, 한국형 노인우울척도 결과정보, 선별검사 결과정보, 신경심리평가 결과정보, 치매임상평가 의견서, 치매안심센터 등록정보, 치매안심센터 이용 내역(상담 및 사례관리내역)
보유기간	퇴록 시 까지
※ 개인정보 제공에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매관련 서비스 업무 제공이 제한될 수 있습니다. ※ 대상자의 등본상 주소지 관할 또는 서비스 관할 치매안심센터 변경하는 경우 별도의 동의없이 관할 치매안심센터에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.	
위와 같이 개인정보 제3자 제공에 동의하십니까? 동의 ☐ 미동의 ☐	

☐ 개인정보 이용에 관한 사항

이용 항목	이용 목적	보유기간
이름, 생년월일, 연령, 성별, 연락처, 서비스 이용목록, 교육년수, 치매안심센터 등록일, 동거형태	서비스 만족도 조사	만족도 조사 종료시 까지
※ 개인정보 이용에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매관련 서비스 제공에 제한이 없습니다.		
위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까? 동의 ☐ 미동의 ☐		

- ※ 상기 내용은 개인정보보호법 및 의료법을 기준으로 하며, 공공기록물 관리에 관한 법률에 의거 준영구 보유합니다.
- ※ 본 동의서의 ‘후견인’은 성년후견제도의 ‘법정후견인’, ‘임의후견인’을 모두 의미합니다.
- ※ 본인은 지역보건법 제11조(보건소의 기능 및 업무), 개인정보보호법 제15조, 제17조, 제19조, 제23조에 따른 개인정보 및 민감정보 처리에 관하여 고지 받았으며, 이를 충분히 이해하고 그 처리에 동의합니다.
- ※ 대상자의 등본상 주소지 관할 또는 서비스 관할 치매안심센터 변경하는 경우 별도의 동의없이 관할 치매안심센터에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.

이
기
간

본인: (서명 또는 인)

생년월일: **년** **월** **일**

대리인: (서명 또는 인)

본인과의 관계:

대리 동의 사유:

천안시 서북구보건소 치매안심센터장 귀하